

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 juillet 1896, à 1 heure

Par LÉON NIMIER

Né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), le 14 août 1870
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

DE LA SÉROTHÉRAPIE

DANS

LES CONJONCTIVITES PSEUDO-MEMBRANEUSES

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur.

TUFFIER, {
LEJARS, { *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DÉLAVIGNE, 2

1896

394

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 juillet 1896, à 1 heure

Par LÉON NIMIER

Né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), le 14 août 1870
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

DE LA SÉROTHÉRAPIE

DANS

LES CONJONCTIVITES PSEUDO-MEMBRANEUSES

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur.

TUFFIER, {
LEJARS, { *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

394

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
Clinique médicale.....	{ N...
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	BERGER.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	GUYON.
	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire : M. PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIÉRY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NÉLATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTERER.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Les progrès constants de la bactériologie ont rendu nécessaire, en médecine, la revision au point de vue pathogénétique des affections jusqu'ici classées surtout d'après les données de l'anatomie pathologique et de la clinique.

En ophtalmologie ce travail déjà commencé est loin d'être achevé et en particulier nous n'en sommes pas encore arrivé au temps où les épithètes de *catarrhales*, *purulentes*, *pseudo-membraneuses*, etc., etc., accolées au mot conjonctivites, seront sinon remplacées du moins complétées par l'indication de l'agent ou des agents microbiens considérés comme les facteurs de la lésion anatomique.

Mais avant même l'établissement définitif de cette classification pathogénétique, son idée directrice a porté des fruits au point de vue thérapeutique et déjà la question de la sérothérapie des conjonctivites est entrée dans le domaine de l'expérimentation.

Nous nous proposons donc d'exposer les résultats obtenus jusqu'ici, obligé par le fait des documents réunis de nous restreindre à l'étude de la *sérothérapie des conjonctivites pseudo-membraneuses*.

Comme annexe à notre travail nous dirons quelques mots de la sérothérapie de la *parésie diphtérique de l'accommodation*.

En terminant nos études médicales nous adressons un respectueux hommage à tous les chefs qui ont bien voulu nous faire profiter de leur enseignement pendant les sept années que nous avons passées dans les hôpitaux de Paris.

Bénévole, nous avons profité des leçons cliniques des professeurs Le Fort et Laboulbène.

Nous avons eu l'honneur d'être externe chez le professeur Le Dentu, chez les D^{rs} Segond, Tuffier et Bazy. C'est à eux que nous devons l'habitude de l'antisepsie et les connaissances chirurgicales que nous possédons.

Le D^r Brault a été notre premier maître en clinique médicale :

Qu'il nous soit permis de leur témoigner notre reconnaissance.

Nous avons eu l'honneur d'être l'interne provisoire des D^{rs} Variot, Richardière et Gilles de la Tourette. Nous n'oublierons pas la bienveillance avec laquelle ils nous ont aidé dans nos études.

Nous remercions spécialement le D^r Variot qui, pendant l'année que nous avons passée avec lui, nous a initié aux travaux de laboratoire et nous a montré qu'à côté de la clinique on devait faire une place aux études anatomo-pathologiques et bactériologiques.

Nous tenons à remercier le D^r Despagne qui nous a accueilli avec tant de sollicitude à sa clinique, le D^r Valois qui nous a facilité ce travail en recueillant les observations du Dispensaire de la Maison Blanche, les D^{rs} Sevestre, Morax et Kalt qui nous ont fait profiter de leurs observations.

Nous devons trop à notre frère, le D^r H. Nimier, profes-

seur agrégé du Val-de-Grâce, pour oublier en cette circonstance de lui témoigner toute notre reconnaissance.

Que M. le professeur Terrier veuille bien agréer l'expression de notre vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554021_0016

CHAPITRE PREMIER

Définition.

Aux termes jusqu'ici adoptés de conjonctivite *croupale* et de conjonctivite *diphthérique* nous croyons devoir substituer la dénomination plus compréhensive de *conjonctivites pseudo-membraneuses*.

En ce faisant, disparaîtra la confusion qu'entraînent suivant les idées allemandes les mots *croupale* et *diphthérique* c'est-à-dire des lésions superficielles ou des lésions interstitielles de la muqueuse, autrement dire d'affection exsudative à la surface ou d'affection intéressant l'épaisseur de la conjonctive.

Du reste la conjonctivite pseudo-membraneuse n'est pas une, il existe des *conjonctivites pseudo-membraneuses* tout comme il y a des *angines pseudo-membraneuses*.

Morax, il est vrai (Thèse de Paris, 1894), écrit : « Le terme de conjonctivite pseudo-membraneuse doit disparaître, car la lésion anatomique pseudo-membraneuse est insuffisante à caractériser une affection. On sait d'ailleurs que plusieurs espèces microbiennes peuvent donner lieu à la production d'une exsudation pseudo-membraneuse. Je l'ai constaté pour le bacille de Weeks, pour le gonocoque ; j'ai rencontré également des conjonctivites à pneumocoques présentant un léger exsudat pseudo-membraneux ».

Nous croyons cependant devoir conserver cette étiquette

« pseudo-membraneuse », car elle a une valeur clinique indiscutable ; mais hâtons-nous d'ajouter qu'elle doit être complétée par l'indication pathogénétique que donne la bactériologie. Nous dirons par exemple : conjonctivites pseudo-membraneuses à bacilles de Lœffler, conjonctivites pseudo-membraneuses à streptocoques , conjonctivites pseudo-membraneuses à microbes associés, etc... Ce travail de classification n'est pas encore complet.

Nous ne connaissons pas encore toutes les variétés de conjonctivites pseudo-membraneuses et il n'est pas inutile d'insister au point de vue de leur différenciation pour que les observateurs à l'avenir complètent les données de la clinique non seulement par l'examen microscopique des exsudats, mais encore par des cultures. Trop souvent les observations restent incomplètes, tantôt le médecin relève seulement l'existence de l'exsudat pseudo-membraneux de la conjonctive, parfois seulement il l'étudie au microscope et ce n'est que depuis peu que deviennent plus fréquents les cas où aux données de l'examen microscopique on ajoute les résultats des cultures et des inoculations et cependant seuls ces cas mériteraient d'être retenus.

Il est vrai que dans certains cas l'examen clinique fournit un renseignement de valeur capitale, c'est lorsque la conjonctivite pseudo-membraneuse évolue chez un enfant atteint de diphtérie pharyngée ou laryngée, chez un enfant qui a été manifestement contagionné par un frère ou une sœur atteint de diphtérie. Mais alors même l'observation clinique reste insuffisante : ne sait-on pas qu'au bacille de Lœffler s'associent souvent d'autres microbes dont le rôle pathogénétique mérite attention.

Pour prendre un exemple qui sera rapporté plus loin un enfant présente une conjonctivite pseudo-membraneuse, sa mère avait la scarlatine. Quel est dans ce cas l'agent pathogène ? Faute d'examen bactériologique nous restons dans l'ignorance et cependant dans ce cas le médecin traitant, sur la seule constatation des fausses membranes, a fait une injection de sérum antidiphtéritique de Behring sans résultat du reste. Peut-être éclairé par les cultures il aurait utilisé un sérum antistreptococcique qui aurait réussi.

CHAPITRE II

Historique de la sérothérapie en oculistique.

Le professeur Coppez de Bruxelles, au mois d'octobre 1894, publie dans le *Journal médical et chirurgical de Bruxelles* deux cas de diphtérie oculaire traités par la sérothérapie.

Il écrit : « Sous l'effet de l'injection, les fausses membranes semblent fondre comme un flocon de neige dans un rayon de soleil ».

En janvier 1895, le D^r Dessaux relate dans la *Normandie médicale* l'observation d'un enfant amélioré dès le lendemain de l'injection.

A la même époque à Lyon le professeur Gayet après une injection de 20 centimètres cubes à un enfant de 16 mois a un résultat moins rapide que Coppez il est vrai, mais la guérison survint neuf jours après.

Dans la séance du 31 janvier 1895 à la *Société ophtalmologique du Royaume-Uni*, M. Jessop communique deux cas de conjonctivite diphtéritique traités par le sérum de Klein ; la guérison fut obtenue en cinq jours.

Dans l'observation de V. Hoppe (mars 1895, *Deutsch. med. Woch.*), cinq jours après l'injection il n'y a plus de traces d'exsudat.

Le D^r Lagrange, à la *Société médicale de Bordeaux*, rapporte le cas d'un enfant chez lequel les fausses membranes

commencèrent à se désagréger dès le lendemain de l'injection.

Morax, dans son travail sur la conjonctivite diphtéritique et sur le sérum antidiphtéritique rapporte trois cas qu'il a observés à la clinique du Dr Parinaud. Dans les trois cas, après environ 48 heures, les conjonctives étaient parfaitement nettoyées. Et s'appuyant sur les faits précédents le Dr Morax écrit (*Presse médicale*, 11 mai 1895): « Grâce au sérum la conjonctivite diphtéritique est devenue une affection oculaire des plus bénignes et des plus faciles à traiter à condition toutefois qu'on sache la reconnaître ».

Aubineau dans sa thèse de doctorat (novembre 1895, Faculté de Paris) rapporte 10 cas de conjonctivite pseudo-membraneuse.

Sur les 10 cas, huit fois l'amélioration se manifesta 24 ou 48 heures après l'injection du sérum. Dans 2 cas la sérothérapie lui a paru complètement inutile. Dans ces 2 cas il y avait association microbienne et lésions cornéennes, et le bacille de Loeffler disparut au bout de quelques jours pour laisser la place et l'action aux microbes associés.

En novembre 1895 paraît la statistique générale des cas de diphtérie oculaire traités par le sérum antidiphtéritique par Coppez et Funck.

Sur 7 cas il rapporte :

Une observation de conjonctivite superficielle à Loeffler et staphylocoque guérie rapidement.

4 observations de conjonctivites pseudo-membraneuses interstitielles avec guérison rapide.

1 observation de conjonctivite pseudo-membraneuse interstitielle chez laquelle on observa la disparition rapide

des fausses membranes suivie de la perforation des cornées, mais au moment de l'injection le bacille de Loeffler avait presque disparu, et on ne trouva non plus de Loeffler dans les altérations cornéennes.

Enfin dans un cas de conjonctivite pseudo-membraneuse interstitielle à streptocoques purs, l'injection de sérum antidiphthérique n'amena aucune amélioration.

Dans notre thèse nous donnons les observations nouvelles publiées depuis ce dernier travail.

CHAPITRE III

Action de la sérothérapie dans les différentes formes de conjonctivites pseudo-membraneuses.

Depuis les travaux relatés dans notre historique nous avons pu recueillir 19 cas de conjonctivites pseudo-membraneuses traitées par le sérum antidiphtéritique.

Dans 18 cas l'examen bactériologique a été fait et d'après la marche de l'affection à la suite de l'injection, d'après le résultat obtenu nous devons pour les classer nous appuyer sur la forme bactériologique beaucoup plus que sur la forme clinique.

D'ailleurs en cela nous ne faisons qu'établir en ophtalmologie la division adoptée déjà en clinique générale pour les angines diphtéritiques.

Grancher le premier a montré que la diphtérie franche de Trousseau représentait la diphtérie expérimentale due au bacille de Klebs-Löffler seul. Il a proposé de l'appeler diphtérie toxique et de l'opposer aux diphtéries infectieuses qui répondent à la plupart des formes toxiques malignes des auteurs et qui doivent leur caractère de malignité aux effets des micro-organismes divers, lesquels modifient l'aspect des lésions locales et déterminent des infections surajoutées à l'intoxication diphtérique.

Aussi pour étudier les résultats obtenus dans nos observations nous allons faire deux grandes classes :

A. — *Conjonctivite pseudo-membraneuse diphtéritique mono-microbienne.*

B. — *Conjonctivite pseudo-membraneuse diphtéritique poly-microbienne.*

A. — Diphtérie conjonctivale mono-microbienne.

Dans 9 cas le bacille de Lœffler a été rencontré seul sur la conjonctive.

La date de l'injection de sérum a varié :

Dans 2 cas elle fut faite 2 jours après le début de l'affection (obs. II et VIII).

Dans 2 cas elle fut faite 4 jours après le début de l'affection (obs. I et IV).

Dans 2 cas elle fut faite 5 jours après le début de l'affection (obs. II et VI).

Dans 1 cas elle fut faite 8 jours après le début de l'affection (obs. III).

Dans 1 cas elle fut faite 29 jours après le début de l'affection (obs. IX).

Dans 1 cas la diphtérie conjonctivale a été précédée d'une conjonctivite catarrhale (obs. V).

Ce laps de temps qui s'est écoulé entre le début de l'affection et la 1^{re} injection n'a pas eu dans ces neuf observations une influence bien manifeste sur la rapidité d'action du sérum, car dans tous ces cas dès le lendemain l'affection semblait enrayée, et comme le montre le tableau suivant, c'est en moyenne le 3^e jour après l'injection que les fausses membranes tombaient sans tendance à se reproduire. Et

cela nous pouvons le constater jusque dans l'observation IX où la 1^{re} injection n'est faite que 29 jours après les premières atteintes du bacille sur la conjonctive.

2 fois (obs. I et II) les fausses membranes commencent à disparaître dès le 4^e jour après l'injection.

5 fois (obs. V, VI, VII, VIII et IX) les fausses membranes commencent à disparaître dès le 3^e jour après l'injection.

1 fois (obs. III) les fausses membranes commencent à disparaître dès le 2^e jour après l'injection.

1 fois (obs. IV) les fausses membranes commencent à disparaître dès le lendemain de l'injection.

Dans les cinq premières observations une injection de 10 centimètres cubes a suffi pour amener la chute des fausses membranes.

Dans l'observation VI on a fait une injection de 20 centimètres cubes et une de 10.

Dans l'observation VII on a fait deux injections de 10 centimètres cubes.

Dans l'observation VIII on a 3 fois fait une injection de 20 centimètres cubes.

Dans l'observation IX on a fait 3 injections n° 1 de Behring (600 unités).

Les altérations cornéennes dans nos neuf cas n'ont pas été fréquentes ni graves ; quatre fois seulement on a noté l'infiltration (obs. I, V, VII, IX), infiltration qui ne s'est compliquée qu'une fois d'ulcération (obs. IX). Cela tient sans aucun doute au peu de temps qui s'est écoulé entre le début de l'affection et la première injection ; dans le seul cas où l'altération cornéenne a été grave (obs. IX), l'ulcération est survenue avant l'injection du sérum de Behring.

De plus l'altération cornéenne a cédé rapidement.

Dans l'observation I deux jours après la disparition des fausses membranes la cornée devenait moins opaque.

Dans l'observation V et VII l'infiltration cornéenne diminuait en même temps que disparaissaient les fausses membranes.

Dans l'observation IX dès que les fausses membranes disparurent l'ulcération cornéenne diminuait et huit jours après la cornée était guérie sans taie.

OBSERVATION I.

Dispensaire de la Maison Blanche (juillet 1895), Dr DESPAGNET.

B. . . , garçon de 3 ans, a été, il y a 6 mois, au moment d'une épidémie, atteint beaucoup plus gravement que les autres enfants du Dispensaire. Tous les accidents ont cédé rapidement à un traitement de cautérisations par le nitrate d'argent.

Il y a un mois, il a commencé à éprouver les premiers symptômes de la rougeole ; celle-ci fut très grave et se termina par une broncho-pneumonie pour laquelle on appliqua un vésicatoire.

Il y a quatre jours on constate que la plaie du vésicatoire était couverte de fausses membranes qui se détachaient facilement, au-dessous d'elles le derme était saignant.

Etat général grave, débilité extrême, inappétence, fièvre.

12 juillet. — On constate sur l'œil droit quelques fausses membranes blanchâtres qui le matin se détergent facilement. Le soir les fausses membranes sont devenues très épaisses, tapissent les deux paupières supérieures et inférieures ; l'œil est tenu fermé, il s'écoule un liquide citrin qui irrite légèrement la peau.

13.— Les paupières de l'œil droit sont complètement fermées, il s'en écoule une sécrétion épaisse et jaunâtre. En écartant les deux paupières, on trouve un peu de résistance due à cette sé-

crétion et au moment où on les écarte une certaine quantité s'échappe et est projeté à quelques centimètres.

On constate que les muqueuses supérieure et inférieure sont couvertes de fausses membranes blanches absolument couleur porcelaine. En écartant complètement les paupières, on aperçoit la cornée qui est terne, grise et dépolie.

Les deux paupières ne sont pas épaissies, elles sont assez souples et se laissent facilement retourner.

On frotte alors à l'aide d'un pinceau trempé dans une solution phéniquée forte, la face interne des paupières et on arrive à détacher les fausses membranes qui n'y adhéraient que faiblement, Elles se détachent tout d'un bloc, gardent la forme de la muqueuse qu'elles tapissaient dans toute son étendue. On peut voir alors l'épaisseur de ces exsudats qui est d'environ un demi-millimètre.

La muqueuse, au-dessous, est très tuméfiée, rouge tomenteuse, saigne facilement.

L'autre œil est complètement sain ; la gorge ne présente pas trace de fausses membranes ; la respiration est normale.

Dans les fosses nasales on aperçoit quelques points blancs.

On institue alors un traitement : lavages fréquents à l'eau phéniquée, application de pommade iodoformée, instillation de jus de citron d'heure en heure. Traitement tonique général.

14. — L'état général ne s'est pas modifié ; l'enfant est amaigri, ne peut manger, a de la fièvre, insomnie. Débilité qui est le résultat de l'empoisonnement de tout l'organisme.

Les paupières sont toujours couvertes de fausses membranes ; la cornée devient de plus en plus infiltrée, plus blanchâtre.

Les exsudats existent toujours sur le vésicatoire.

L'injection du sérum de Roux est décidée ; et on injecte 10 centimètres cubes dans le tissu cellulaire de la paroi antérieure de l'abdomen après les précautions antiseptiques.

18. — Les fausses membranes n'existent plus sur la conjonctive, la cornée est moins infiltrée, moins grise.

L'examen bactériologique fait au laboratoire de M. Martin par

M. Ranglaret décèlent la présence du bacille de Loeffler en abondance.

20. — Cornée moins opaque ; les fausses membranes des conjonctives ont disparu. La muqueuse est toujours très hyperémisée, très saignante.

L'état général s'aggrave, une broncho-pneumonie se déclare.

22. — Il n'y a plus rien sur la région du vésicatoire.

La cornée s'éclaircit de plus en plus ; les fausses membranes ne se sont pas reproduites. L'enfant commence à écarter les paupières.

28. — Cornée normale ; plus de fausses membranes ; l'enfant ouvre les yeux.

30. — Œil normal ; les conjonctives sont cependant encore hyperémiées du côté atteint.

Il y a un ptosis assez marqué du côté droit ; les autres mouvements sont normaux.

14 août. — Le ptosis a presque disparu.

OBSERVATION II.

Dispensaire de la Maison Blanche, D^r DESPAGNET.

R... Marcel, 6 mois, est amené le 24 décembre au Dispensaire.

Les paupières sont tuméfiées, volumineuses, tendues ; les paupières supérieures se retournent difficilement, tout d'une pièce, elles sont couvertes de fausses membranes que l'on enlève difficilement et en faisant saigner la muqueuse.

Même aspect à la paupière inférieure.

Etat général grave, température élevée, pouls fréquent. Douleur. Cris.

26 décembre. — L'état ne s'est pas amélioré, les fausses membranes se reproduisent.

28. — Injection de 10 centimètres cubes de sérum de Roux.

2 janvier. — L'état s'est beaucoup amélioré. L'œil gauche a diminué de volume. A l'œil droit les fausses membranes existent encore, mais bien moins abondantes.

Cornées intactes.

4. — L'enfant ouvre les yeux. Il n'y a plus que de la folliculite que l'on traite par des cautérisations au nitrate d'argent.

L'examen des fausses membranes fait au laboratoire municipal décèle le bacille de Loeffler pur.

OBSERVATION III.

Dispensaire de la Maison Blanche, D^r DESPAGNET.

A... Germaine, est amenée au Dispensaire le 28 avril 1896.

Depuis le 23, l'enfant se plaint de larmolement et de picotements dans l'œil droit. Il est agité, pleure, ne mange plus.

28 avril. — On constate que la paupière supérieure est volumineuse, rouge, une sécrétion jaune verdâtre s'échappe des bords palpébraux.

La paupière se retourne tout d'une pièce, laisse voir la muqueuse couverte d'exsudats blanchâtres, se détachant facilement et laissant la muqueuse saignante au-dessous. La cornée est indemne.

30. — On fait une injection de 10 centimètres cubes de sérum.

2 mai. — La tuméfaction des paupières a diminué, les fausses membranes se détachent facilement.

La membrane est toujours tomenteuse, saignante.

Cornée intacte.

12. — Il n'y a plus de fausses membranes, plus de tuméfaction.

L'examen des fausses membranes fait au laboratoire municipal décèle du bacille de Loeffler en nombre abondant.

OBSERVATION IV.

Dispensaire de la Maison Blanche, D^r DESPAGNET.

R... Louis, 16 mois, amené au Dispensaire le 9 janvier, est malade depuis 4 jours.

Aucune affection antérieure.

On constate :

Œil droit : plaque de diphtérie sur les deux paupières inférieure et supérieure. Les paupières sont épaisses, se retournent tout d'une pièce.

Cornée intacte.

Rien à gauche.

Nez et gorge : plaques de diphtérie.

Etat général mauvais.

On fait une injection de sérum.

10 janvier. — Les fausses membranes sont moins abondantes, elles ont disparu dans le nez et la gorge. Etat général meilleur.

11. — L'enfant est conduit aux Enfants-Malades, nous ne l'avons pas suivi.

L'examen des fausses membranes fait au laboratoire municipal décèle du bacille de Loeffler pur.

OBSERVATION V.

Dispensaire de la Maison Blanche, D^r DESPAGNET.

G. S..., 22 mois, est amené au Dispensaire pour une conjonctivite catarrhale le 20 janvier 1895.

7 février. — Il est ramené avec une conjonctivite violente, tuméfaction des paupières, fausses membranes sur les conjonctives des yeux. Les cornées sont infiltrées.

Injection de 10 centimètres cubes de sérum de Roux.

8. — Les fausses membranes tombent d'elles-mêmes, les cornées sont moins infiltrées.

9. — Les fausses membranes ne se reproduisent plus. Toute infiltration de la cornée a disparu.

L'examen fait au laboratoire municipal décèle la présence du bacille de Loeffler.

OBSERVATION VI.

Hôpital Trousseau. Service du D^r VARIOT.

D... Suz., enfant de 2 ans 1/2, a mal à l'œil depuis quatre jours ; elle entre à l'hôpital Trousseau dans le service du D^r Variot, le 5 février.

La sœur est morte la veille d'angine toxique.

6 février. — On constate du côté droit une conjonctivite avec boursoufflement de la muqueuse conjonctivale, surtout à la paupière supérieure avec exsudat peu étendu dans le cul-de-sac conjonctival supérieur vers l'angle interne de l'œil droit.

Les amygdales sont modérément tuméfiées et plaquées à leur partie interne de fausses membranes.

Injection de 20 centimètres cubes à son entrée le 5 février.

7. — Injection de 10 centimètres cubes.

8. — Exsudat en grande partie disparu.

Ensemencement. Bacilles de Loeffler.

OBSERVATION VII.

Hôpital Trousseau. Service du D^r VARIOT.

L. M..., entre à l'hôpital Trousseau dans le service du D^r Variot le 11 juin 1896.

Il y a huit jours l'enfant avait eu la rougeole, mais il allait assez bien lorsque il y a deux jours la mère a constaté qu'il avait mal à l'œil. Elle le conduit au Dispensaire de Belleville où l'on constate la présence d'une fausse membrane sur l'amygdale droite sans phénomène laryngé.

L'œil gauche est fortement tuméfié, les paupières rouges, écoulement purulent abondant. Sur la conjonctive palpébrale on aperçoit comme un voile membraneux très mince, facile à détacher, c'est dans cet état qu'il est amené à l'hôpital Trousseau.

11 juin. — Injection de 10 centimètres cubes de sérum de Roux.

12. — Pas d'amélioration, nouvelle injection de 10 centimètres cubes.

13. — L'œil est encore tuméfié, la cornée est légèrement dépolie, pas d'ulcération, les paupières sont souples ; encore quelques fausses membranes, mais moins étendues.

15. — L'œil a beaucoup diminué de volume, il ne reste plus qu'une très légère petite fausse membrane dans l'angle externe de la conjonctive palpébrale supérieure.

L'enfant est encore en traitement.

L'examen bactériologique fait au laboratoire de M. Variot décèle :

Gorge Loeffler.

Œil. Loeffler.

OBSERVATION VIII.

Hôpital Trousseau. Service du Dr VARIOT.

B. D..., enfant âgé de 5 ans, entre le 11 février à l'hôpital Trousseau dans le service du Dr Variot. Il se plaint de la gorge depuis 4 jours.

Il a eu la rougeole à trois ans.

T. 38°.

L'œil gauche est le siège d'une inflammation intense avec photophobie.

On lui injecte 20 centimètres cubes.

12 février. — Exsudats très confluent dans le pharynx. Conjonctivite avec fausses membranes peu adhérentes sur la conjonctive palpébrale inférieure.

Adénopathie très marquée dans la région parotidienne et sus-hyoïdienne, injection de 20 centimètres cubes.

13. — Le pharynx se déterge, jetage par les narines.

Les fausses membranes de la conjonctive commencent à tomber.

Injection de 20 centimètres cubes de Roux.

14. — L'amélioration continue. Encore un peu d'exsudat sur les amygdales, mais disparition complète de la diphtérie oculaire.

L'examen bactériologique fait à l'entrée donne comme résultat : Loeffler pur.

OBSERVATION IX.

*Sep. Abdruck an dem Würth medie correspondenz Blatt, 1895,
D^r KONIGSHOEFER.*

F. H..., âgé de 2 ans, est vu le 11 décembre, il souffre depuis huit jours d'une inflammation des deux yeux. On constate des deux côtés une violente conjonctivite eczémateuse : paupières assez tuméfiées, conjonctive palpébrale très tuméfiée et comme veloutée, conjonctive bulbaire très injectée, couverte de petites vésicules eczémateuses.

Etat général bon, tuméfaction et inflammation de la pituitaire, légère bronchite, un peu de tuméfaction des ganglions surtout à la nuque.

Amélioration avec le traitement habituel jusqu'au 19 décembre, alors sans cause, aggravation : tuméfaction, sécrétion purulente. Le 23 sur la conjonctive palpébrale supérieure droite apparaît un exsudat gris diphtérique ; le soir même état à gauche ; tuméfaction très prononcée.

Le 24, toute la conjonctive est couverte d'un exsudat qui enlevé laisse une surface saignante et se reproduit bientôt : lotions sublimées, jour et nuit compresses chaudes, pommade au sublimé. Aucune amélioration.

Le 29, petite ulcération sur la cornée droite et ulcération diphtérique sur les bords et la peau des paupières atteignant près de 3 millimètres.

L'examen microscopique des exsudats et de la sécrétion décèle des bacilles de Loeffler, aussi le 29 au matin on injecte à la cuisse une dose de sérum antidiphtérique de Behring, n° 1

(600 unités d'antitoxine) et l'on cesse tout traitement local sauf les lavages au sublimé à 1/5000.

Le 30, même tuméfaction, les exsudats et l'ulcération de la cornée n'ont pas augmenté, par contre la sécrétion est devenue profuse et séreuse.

Le 31, les exsudats commencent à se détacher, la sécrétion est encore plus abondante.

Deuxième injection de la même dose.

Quelques heures après cette deuxième injection commence une sécrétion « *comme je n'en ai jamais vu dans ma longue carrière* ». De la fente palpébrale coule sans cesse un flot de pus séreux, gris jaunâtre avec des débris d'exsudats, au point que la sœur de l'enfant est constamment occupée à l'essuyer. La conjonctive se nettoie, la tuméfaction rétrocede, la teinte rouge bleu de la conjonctive devient normale et le 2 janvier au matin toute trace d'exsudats a disparu.

Le 3 janvier la tuméfaction a assez diminuée pour que l'enfant ouvre spontanément l'œil gauche, et le 6 il en est fait autant pour l'œil droit.

A cette date on ne constate plus qu'une conjonctivite catarrhale modérée, la conjonctive saigne encore un peu au toucher, l'ulcération cornéenne est guérie sans taie.

B. — Formes polymicrobiennes.

Dans 9 cas le bacille de Loeffler a été trouvé associé :

6 fois au streptocoque, obs. X, XI, XII, XIII, XIV, XV.

1 fois au pneumocoque, obs. XVI.

1 fois au staphylocoque, obs. XVII.

1 fois au streptocoque et au staphylocoque, obs. XVIII.

a) FORME BACILLO-STREPTOCOCCIQUE. — Sur les 6 observations où le bacille de Loeffler a été trouvé associé au

streptocoque nous comptons deux formes cliniques bénignes, obs. X et XI.

Dans ces deux cas la chute des membranes a commencé dès le 2^e jour et la guérison complète a été rapide.

Les 4 observations qui suivent sont des cas plus graves et tandis que les deux précédentes pouvaient être rangées dans la classe des conjonctivites à fausses membranes superficielles, celles-ci rentrent dans la classe des conjonctivites interstitielles avec infiltration cornéenne et ulcération.

Néanmoins l'injection de sérum est suivie rapidement de la chute des fausses membranes.

Obs. XII, 5 jours.

Obs. XIII, 4 jours.

Obs. XIV, 8 jours.

Obs. XV, 8 jours.

En moyenne 6 jours après l'injection les fausses membranes avaient disparu.

Mais si les fausses membranes qui relevaient directement du bacille diphtérique disparaissaient rapidement, l'induration des paupières, l'ulcération cornéenne persistaient plus longtemps.

Aussi nous devons considérer que l'association bacillo-streptococcique est toujours grave et est en général plus dangereuse que la forme bacillaire pure.

Le sérum antidiphtérique a agi rapidement sur l'infection diphtérique mais il reste des infections surajoutées contre lesquelles il n'a aucune action.

Jamais on n'a trouvé le bacille de Loeffler au niveau de

l'ulcération cornéenne ce n'est donc pas lui le fauteur de l'ulcération.

Dans la forme bacillaire pure, sur 9 cas nous pouvons constater 4 fois de l'infiltration due à la compression par chémosis et une seule fois une ulcération qui, survenue avant l'injection, disparaît rapidement après la chute des fausses membranes et la disparition du chémosis.

Dans la forme bacillo-streptococcique, sur 6 cas nous constatons 4 fois de l'infiltration cornéenne et une ulcération ; ulcération qui évolue et qui persiste malgré le sérum antidiphtérique. Nous sommes en droit d'attribuer cette ulcération au streptocoque. Aussi est-il rationnel de songer comme on l'a fait dans l'observation XV à attaquer cette streptococcie par une injection anti-streptococcique. Si dans ce cas, le résultat obtenu est loin d'être complet, cependant les deux injections de sérum de Marmorek pratiquées après deux injections de sérum de Roux paraissent avoir eu une certaine influence sur la marche de l'affection.

b) FORME BACILLO-COCCIQUE. — L'observation XVI où le bacille de Loeffler est associé à un diplocoque dont les caractères de culture permirent de conclure qu'il s'agissait du pneumocoque est un succès pour le sérum antidiphtérique. En 3 jours, les fausses membranes avaient disparu et la guérison complète obtenue en cinq jours.

c) FORME BACILLO-STAPHYLOCOCCIQUE. — Dans l'observation XVII où le bacille de Loeffler est associé au staphylocoque, ni la tuméfaction des paupières, ni le chémosis, ni l'infiltration cornéenne n'ont été influencés par le sérum malgré des injections successives, l'une de 10 centimètres

cubes et trois de 20 centimètres cubes. La mort est survenue par infection généralisée.

d) FORMES BACILLO-STREPTOCOCCIQUE ET STAPHYLOCOCCIQUE. — L'observation XVIII est un nouvel exemple de la malignité des associations microbiennes.

Après une injection de 20 centimètres cubes, les fausses membranes ont bien diminué, mais l'ulcération cornéenne a fait des progrès, l'hypopyon a été suivi de décollement de la cornée et perte de l'organe.

e) Enfin l'observation XIX est un insuccès, mais l'examen bactériologique n'avait pas été fait, rien ne prouve que le médecin traitant ait eu affaire à une conjonctivite diphtérique et nombreuses sont les observations où l'on a vu le sérum antidiphtéritique échouer dans les cas de conjonctivites non diphtériques.

OBSERVATION X.

Enfants-Malades. Service du Dr SEVESTRE.

S... H., enfant âgé de 6 ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades dans le service du Dr Sevestre. A son entrée il présente de l'impetigo des paupières et de la kérato-conjonctivite droite.

Sur la conjonctivite palpébrale supérieure on trouve une fausse membrane.

L'examen bactériologique démontre l'existence du Loeffler associé au streptocoque.

Dans la gorge sur les amygdales quelques points blancs.

On lui injecte 20 centimètres cubes de sérum de Roux.

Dès le lendemain la fausse membrane a disparu.

La guérison complète a été très rapide.

OBSERVATION XI.

Dispensaire de la Maison Blanche, D^r DESPAGNET.

R... S., est amené le 28 avril 1896 au Dispensaire de la Maison Blanche avec l'œil gauche tuméfié, les conjonctives couvertes de fausses membranes. Rien à la gorge. Sur la cornée léger voile opalin.

30 avril. — Injection de 10 centimètres cubes.

2 mai. — Fausses membranes moins abondantes ne se reproduisent plus.

7. — Les fausses membranes ont complètement disparu.

On constate un strabisme convergent qui dura 14 jours.

L'examen des fausses membranes fait au laboratoire des Enfants-Malades décèle :

Bacille de Loeffler associé au streptocoque.

OBSERVATION XII.

Dispensaire de la Maison Blanche, D^r DESPAGNET.

Demid... Gab., 20 mois, est amenée au Dispensaire le 19 mai 1896 ; depuis 15 jours elle est malade, maigrit, pleure continuellement ; depuis une dizaine de jours elle se plaint de son œil gauche, qu'elle ne peut plus ouvrir depuis 3 jours.

Sa mère sans demander conseil à personne lui a placé un vésicatoire derrière l'oreille gauche. Depuis la veille le nez coule, surtout du côté gauche, d'où il sort une sécrétion blanchâtre qui irrite la peau et y produit de petites fissures.

Quand on nous l'amène nous constatons :

La paupière supérieure recouvre complètement l'inférieure ; elle se retourne tout d'une pièce et on découvre une fausse membrane blanchâtre épaisse qui se distingue facilement recouvrant la muqueuse, elle s'enlève et la conjonctive saigne abondamment. La cornée est légèrement infiltrée.

Sur la plaie du vésicatoire on constate plusieurs plaques blanchâtres à l'aspect diphtérique.

Sur la muqueuse nasale on constate également plusieurs petits points blancs; enfin la lèvre inférieure est également couverte de fausses membranes.

Rien dans la gorge.

Pas de fièvre; l'enfant est triste, très pâle et pleure beaucoup.

Avant même que l'examen bactériologique ne soit fait, nous basant sur l'aspect de l'affection nous fîmes une injection de 10 centimètres cubes de sérum.

21 mai. — C'est-à-dire 3 jours après, l'amélioration n'étant pas suffisante, la cornée devenant de plus en plus opaque, on fit une nouvelle injection de 10 centimètres cubes.

Il y avait une infiltration totale de la cornée avec des ulcérations à la périphérie.

Les fausses membranes de la bouche et des paupières disparurent rapidement.

L'état général s'aggrave.

23 mai. — On constate toujours l'infiltration de la cornée, moins prononcée, mais à la place d'une ulcération, l'opacification est plus épaisse que partout ailleurs.

L'état général est meilleur.

L'enfant ouvre l'œil complètement, ne souffre plus. Les fausses membranes ont disparu.

L'examen bactériologique fait au Laboratoire Municipal déceut : Bacille de Loeffler et streptocoque.

OBSERVATION XIII.

Dispensaire de la Maison Blanche, Dr DESPAGNET
(avril 1895).

On amène un enfant âgé de 3 ans qui, à la suite d'une rougeole à forme maligne, présente une affection oculaire. Le début s'est fait par une sécrétion abondante, puis les yeux se sont tuméfiés.

La sœur a eu la diphtérie et l'enfant pendant la maladie a été isolé dans l'appartement.

8 août. — Quand il arrive à la clinique, on constate que les deux paupières sont très infiltrées, œdématisées, d'une consistance cartilagineuse. Entre les bords palpébraux, une sécrétion abondante s'écoule, agglutinant les cils.

Lorsqu'on écarte les paupières elles se renversent tout d'une pièce et la conjonctive apparaît tapissée de fausses membranes blanches, épaisses, aussi abondantes à la paupière supérieure qu'à l'inférieure, les exsudats s'enlèvent facilement, et la muqueuse est saignante au-dessous. Les cornées sont normales.

Pas de symptômes généraux, peu de fièvre, rien dans la gorge. Pendant quatre jours, on fait d'heure en heure des applications de vaseline iodoformée ; mais l'amélioration ne se faisant pas sentir, on se décida à faire une injection de sérum antidiphtérique.

12. — On injecta 7 centimètres cubes.

Le lendemain il n'y avait pas eu de réaction. On constate une très légère ulcération de la cornée gauche.

Dès le surlendemain les fausses membranes commençaient à être moins abondantes.

14. — Les fausses membranes sont de plus en plus rares ; on ne les trouve plus qu'à la paupière supérieure.

15. — Cornées normales, plus de fausses membranes, conjonctives toujours épaisses. On commence les cautérisations au nitrate d'argent qui activèrent la guérison.

20. — Conjonctives très légèrement hyperémiées.

Strabisme convergent légèrement à gauche qui ne dura que quelques jours.

Examen des fausses membranes fait au laboratoire de M. Miquel.

Bacille de Loeffler abondant associé au streptocoque.

OBSERVATION XIV.

Hôpital de St-Germain, D^r DESPAGNET.

B. A. . . , 3 ans, est amené à l'hôpital de St-Germain avec une diphthérie palpébrale des deux yeux.

28 décembre. — Fausses membranes sur les deux conjonctives. Les cornées sont très infiltrées. Ulcérations périphériques à gauche.

Injection de 10 centimètres cubes de sérum de Roux.

30. — Fausses membranes sont moins abondantes, se reproduisent moins facilement. Même état des cornées.

31. — Les fausses membranes ont presque disparu. L'ulcération de la cornée gauche est dans le même état.

4 janvier. — Plus de fausses membranes.

L'ulcération a diminué. Plus d'infiltration.

15. — L'enfant ouvre les yeux.

Strabisme convergent à gauche.

2 février. — Le strabisme a disparu.

A l'examen bactériologique on avait trouvé du bacille de Lœffler et du streptocoque.

OBSERVATION XV.

D^r KALT.

Enfant Ch. . . , âgé de dix mois, habitant Passy, a été élevé au biberon depuis l'âge de 6 mois. Depuis cette époque il a été atteint plusieurs fois de diarrhée. Il y a un mois il fut atteint de rougeole suivie de broncho-pneumonie.

C'est pendant la convalescence de cette affection en juillet 1895 que l'œil gauche présenta subitement du gonflement des paupières, de la rougeur et une sécrétion conjonctivale légère.

Appelé de suite je constatai du côté gauche seulement une infiltration gris jaunâtre de la conjonctive bulbaire et tarsienne formant chémosis au pourtour de la cornée. Cornée intacte.

Le traitement consista en irrigations conjonctivales au permanganate de potasse à 1/3000 deux fois par jour.

Le lendemain l'infiltration était plus marquée par places, sur les tarses apparaissaient des fausses membranes grisâtres au-dessous desquelles la muqueuse saignait facilement.

Pas de diphtérie buccale ni pharyngienne.

Le 3^e jour l'infiltration de la conjonctive bulbaire s'est aggravée.

Une fausse membrane lardacée adhère intimement à toute la surface de la muqueuse. La cornée présente un aspect trouble, l'iris se voit à peine.

L'examen bactériologique de la fausse membrane fait par M. Roux décèle le bacille de Loeffler associé à des streptocoques.

Ce même jour on injecte 15 centimètres cubes de sérum et on se contente comme traitement local de simples lavages au permanganate faible.

Le lendemain la muqueuse paraît moins exsangue, un peu plus souple. Nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum de Roux.

On injecte aussi 5 centimètres cubes de sérum de Marmoreck.

Le 5^e jour, nouvelle injection de 5 centimètres cubes de sérum anti-streptococcique.

On constate aussi que la muqueuse est devenue turgescence, rosée, humide. Les fausses membranes se soulèvent par lambeaux mais sans se détacher.

La cornée reste trouble, l'épithélium seul est ulcéré. Dans les jours qui suivirent, l'élimination des fausses membranes s'acheva, mais la muqueuse resta épaisse.

L'ulcération cornéenne persistait.

Pendant près de 4 mois l'aspect de conjonctivite granuleuse resta sans modification aucune.

L'enfant a été revu dix mois après le début de son ophtalmie. Il persiste un trouble cornéen à gauche presque généralisé avec vascularisation partielle et aspect velouté de la conjonctivite.

OBSERVATION XVI.

Conjonctivite diphtérique bénigne. — Injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. — Guérison. — D^r MORAX.

Mlle G... H., âgée de 7 mois, est apportée le 30 septembre 1895 à la clinique du D^r Parinaud pour une affection oculaire dont le début remonte à 6 jours.

On constate sur les conjonctives tarsiennes un exsudat pseudo-membraneux blanchâtre, uniforme, peu adhérent et de faible épaisseur. Les paupières ne sont que très faiblement œdématisées et leur consistance est normale. La mère n'a remarqué qu'un peu de larmolement et un peu d'agglutinement matinal. Les cornées ne présentent pas de lésions et la conjonctive bulbaire n'est que faiblement injectée, 3 jours après le début l'enfant a eu un peu de coryza et actuellement elle a quelques accès de toux sans réaction générale fébrile.

On pratique le jour même, une injection de 10 centimètres cubes de sérum de Roux dans le tissu de la paroi abdominale.

Le lendemain on constate que les fausses membranes s'enlèvent facilement et qu'elles sont beaucoup moins marquées que la veille.

Le 2 octobre il n'existe qu'un exsudat fibrineux très ténu sur la conjonctive tarsienne. Le 3 octobre les fausses membranes ont complètement disparu et le 5 octobre la guérison est parfaite. Il n'a pas été fait d'autre traitement local que des lotions avec de l'eau boriquée.

Voici ce que nous avons noté au point de vue étiologique.

Il n'y a pas eu de cas de diphtérie dans la maison habitée par l'enfant. Un frère a eu deux jours avant le début de l'affection oculaire chez sa sœur, une conjonctivite légère qui n'a duré que 3 à 4 jours et qui avait complètement disparu lorsque nous l'avons vu le 30 septembre.

Examen bactériologique. — L'examen microscopique de la fausse membrane montre la présence de bacilles ne se décol-

rant pas par la méthode de Gram et ayant la forme et la dimension du bacille diphtérique moyen. Ces bacilles sont peu abondants mais on en retrouve au moins un dans l'étendue du champ de l'objectif. En dehors de ce bacille on trouve aussi quelques amas de diplocoques encapsulés, contenus ou non dans les leucocytes.

Par la culture sur sérum coagulé, on obtient en 24 heures des colonies pures d'un bacille prenant le Gram, formant dans le bouillon une culture granuleuse. L'injection de 3 centimètres cubes de cette culture dans le tissu cellulaire du cobaye y provoque un œdème local et détermine la mort de l'animal en 3 jours.

La culture sur gélose ordinaire de l'exsudat conjonctival donne en 24 heures un piqueté de petites colonies transparentes constituées par un diplocoque prenant le Gram et quelques colonies grisâtres de bacille diphtérique.

Le diplocoque ne se développe pas dans la gélatine. Repiqué dans le bouillon il détermine un trouble uniforme et léger et la décoloration du milieu. Le diplocoque n'a pas été inoculé mais l'existence de la capsule dans l'exsudat conjonctival et les caractères de culture permettent de conclure qu'il s'agissait de pneumocoque.

OBSERVATION XVII.

Hôpital Trousseau. Service du Dr VARIOT.

M..., enfant âgée de 17 mois, entre à l'hôpital Trousseau dans le service du Dr Variot le 28 février 1895. L'enfant a mal aux yeux depuis 8 jours.

T. 40°.

On lui injecte 10 centimètres cubes de sérum de Roux.

Le 29, on constate sur le bord libre de la lèvre supérieure un enduit membraneux avec œdème considérable de la lèvre.

Sur la face interne de la paupière supérieure droite on trouve

une fausse membrane la recouvrant entièrement, sur la face externe de cette paupière on voit aussi une fausse membrane.

Œdème considérable avec aspect livide des deux paupières.

Chémosis et aspect dépoli de la cornée.

Injection de 20 centimètres cubes de sérum de Roux.

1^{er} mars. — La tuméfaction de la paupière inférieure est considérable.

L'exsudat qui la tapissait à l'extérieur est presque tombé. La conjonctive palpébrale est extrêmement rouge à la paupière inférieure. A la paupière supérieure elle est complètement couverte de fausses membranes.

La conjonctive bulbaire a un aspect lardacé jaunâtre, le chémosis est très marqué, la cornée est trouble.

Les lèvres sont encore couvertes de fausses membranes.

Jetage nasal. Injection de 20 centimètres cubes.

2. — Aucune amélioration. Les fausses membranes des lèvres seules commencent à tomber sans tendance à se renouveler.

L'état de l'œil s'aggrave. La tuméfaction des paupières augmente ; la muqueuse s'indure, s'infiltré profondément. La tuméfaction porte aussi sur la paupière inférieure. La fausse membrane de la face externe de la paupière supérieure a reparu. Elle s'étale également sur son bord libre, tapisse sa face interne. La face interne de la paupière inférieure présente également une petite fausse membrane.

L'examen de la cornée est impossible. Elle est recouverte de pus. T. 39°. Injection de 22 centimètres cubes.

3. — Mort.

L'examen bactériologique fait à l'entrée avait donné comme résultat :

Œil. — Loeffler associé au staphylocoque.

Lèvre. — Loeffler associé au staphylocoque.

OBSERVATION XVIII.

Enfants-Malades, D^r SEVESTRE.

Th... A., 2 ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 28 mars.

Le 24 mars, conduit à la clinique du D^r Despagne, on avait constaté :

Fausses membranes sur la conjonctive droite.

Paupières cartilagineuses.

28 mars. — A son entrée à l'hôpital :

A droite. — Paupière rouge gonflée, cornée couverte d'un voile opalin.

A gauche. — Conjonctivite intense, muqueuse couverte d'une plaque diphthérique.

Injection de 20 centimètres cubes de sérum

30. — Amélioration notable, paupières moins gonflées, fausses membranes plus minces, moins étendues. Léger trouble de la cornée à gauche.

2 avril. — Ulcération de la cornée gauche. Hypopyon.

3. — Etat général bon, fausses membranes disparaissent. Ulcération a fait des progrès. Cornée presque complètement opaque, les bords commencent à se décoller.

6. — Otite.

10. — Bon état général.

Cornée flétrie à bords décollés. Conjonctive bien détergée.

1^{er} mai. — L'enfant sort. Cornée affaissée et atrophiée.

L'examen fait au laboratoire du D^r Sevestre a décelé :

Bacille de Loeffler, streptocoque, staphylocoque.

OBSERVATION XIX.

Behring's heilserum bei diphtherie der conjunctiva par D^r RECKEN.
Centralblatt f. Augenh. (août 1895, p. 229).

Enfant 4 an 1/2, présente le 27 mai de la tuméfaction avec rougeur des paupières à droite, malgré les applications chau-

des les phénomènes inflammatoires augmentent les jours suivants.

Le 29 dans l'après-midi, on constate de la tuméfaction et de la rougeur palpébrales intenses et en certains points on sent des points indurés, sécrétion claire, séreuse. La conjonctive est presque dans toute son étendue couverte d'une membrane grise qui ne se laisse pas enlever. La conjonctive « se sent proprement raide comme du verre ». La cornée présente à son centre un trouble du diamètre de la pupille.

On diagnostique la conjonctivite diphtéritique, forme confluyente au stade d'infiltration.

Un peu d'élévation de température, agitation, presque pas d'appétit.

14 jours auparavant la mère de l'enfant avait souffert de scarlatine et de légère angine diphtéritique et l'enfant était en contact pendant cinq jours.

Comme traitement : chaque heure lavage soigneux au sublimé à 1/10000^e, irrigations chaudes.

30 mai. — Le trouble de la cornée a augmenté.

31. — L'épithélium cornéen est altéré, infiltration purulente de la cornée.

1^{er} juin. — On se décide à faire une injection de sérum de Behring. L'œil gauche pris le 29 est dans le même état que le droit.

Malgré l'injection, aucune modification appréciable de la marche de la maladie. Les phénomènes inflammatoires persistent à droite et à gauche pendant 10 à 12 jours.

De plus, à droite, se montrent des ulcérations couvertes de bourgeons charnus qu'il fallut toucher plusieurs fois.

A gauche, surface un peu granuleuse, de plus cornée intacte.

Pas d'examen bactériologique.

Les 19 observations que nous venons d'étudier sont donc à l'appui des conclusions admises jusqu'ici et notamment

à la Société d'ophtalmologie de Paris (séance de juin 1896) où le Dr Despagne avançait que l'efficacité de la sérothérapie des conjonctivites pseudo-membraneuses était en rapport de l'association microbienne.

Les 9 premières observations ont donné des résultats certains et rapides. Ce sont des formes mono-microbiennes ou du moins des formes où l'examen bactériologique n'a pu déceler que le bacille de Loeffler. Nous devons en effet remarquer que deux fois (obs. I et VII) l'affection se déclarait à la fin d'une rougeole et nous n'en connaissons pas l'agent microbien. De plus l'examen bactériologique se faisant sur tubes de sérum ne peut être qu'incomplet puisque ces derniers étant un mauvais terrain pour le développement des autres microbes, ceux-ci n'apparaissent que lorsque leur virulence égale ou l'emporte sur celle du bacille diphtérique.

Dans les 9 observations suivantes où l'examen bactériologique a pu prouver les associations microbiennes, le sérum a amené aussi la chute des fausses membranes, mais moins rapidement que dans les premières. Tandis que dans la forme mono-microbienne nous les voyons tomber en moyenne en trois jours, dans les formes associées, la moyenne s'élève à 6 jours.

Dans l'obs. XIX on a eu un insuccès, c'est d'ailleurs la règle lorsque l'on ne constate pas le bacille de Loeffler.

Darier rapporte le cas d'un enfant atteint de conjonctivite à fausses membranes chez lequel, malgré l'emploi de six injections de sérum antidiphtérique, les deux cornées ont été détruites; les deux yeux ont été ratatinés. Les cultures n'a-

vaient donné que des streptocoques purs sans trace de Lœffler.

Et il conclut :

Je crois que dans la diphtérie oculaire, il faut considérer comme circonstances aggravant le pronostic : le tout jeune âge du sujet, la précocité des lésions cornéennes, la prédominance ou même la présence exclusive du streptocoque.

CHAPITRE IV

Pratique de la sérothérapie dans les conjonctivites pseudo-membraneuses.

Nous ne voulons pas insister sur la technique à suivre pour l'injection du sérum. Nous nous rallions aux règles émises par M. Roux. Après l'antisepsie de l'opéré, de l'opérateur et de sa seringue, le sérum est poussé lentement dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région du flanc. A la suite, application d'un pansement ouaté.

L'époque de l'injection est plus importante : on devra la pratiquer le plus tôt possible, c'est-à-dire aussitôt que la nature microbienne de l'affection aura été reconnue et celle-ci doit être recherchée dès l'apparition des fausses membranes.

La quantité de sérum injecté est variable ; au début une injection de 10 centimètres cubes a suffi dans plusieurs observations ; à la suite on surveillera le résultat et on reviendra à une 2^e, à une 3^e s'il le faut.

Dans le cas d'association bacillo-streptococcique on pourra comme l'a fait le Dr Kalt associer le sérum antistreptococcique au sérum antidiphthérique, mais nous faisons remarquer que ce dernier conseil n'est que théorique puisqu'il ne s'appuie que sur une seule observation.

Au traitement des conjonctivites pseudo-membraneuses par la sérothérapie devra-t-on instituer concurremment un traitement local ?

De nos observations et de la discussion de la Société d'ophtalmologie de Paris, il découle que le traitement local doit passer au second plan. Les applications de compresses chaudes boriquées seront recommandées ; et les applications de vaseline iodoformée pourront être réservées aux conjonctivites à formes associées quand, les fausses membranes étant tombées, il est nécessaire de faire l'antisepsie des conjonctives pour combattre les infections secondaires. Dans aucun cas, on n'emploiera d'astringents. C'est aussi l'opinion du Dr A. Wagenmann, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine d'Iéna. Il a recours dans les cas de diphtérie conjonctivale aux injections de sérum antidiphtérique, mais il a soin d'associer au traitement général une médication locale : Pommade sublimée, compresses chaudes sublimées.

CHAPITRE V

Parésie de l'accommodation traitée par le sérum de Behring.

Schmidt Rimpler rapporte trois observations de parésie diphtérique de l'accommodation où, d'après lui, l'injection du sérum semble avoir avancé la guérison.

Dans l'observation I, l'amélioration s'est fait sentir 4 jours après l'injection, et la guérison 13 jours après.

Dans l'observation II, l'amélioration paraît 2 jours après l'injection et la guérison 9 jours après.

Dans l'observation III, l'amélioration paraît 7 jours après et la guérison 21 jours après l'injection.

Toutefois l'on peut remarquer que dans les deux premiers cas la paralysie datait de 3 semaines avant le traitement et de 14 jours dans le troisième.

Au total, l'affection a donc duré de 5 à 6 semaines, ce qui est la durée habituelle pour la paralysie de l'accommodation de nature diphtérique, qu'elle guérisse spontanément ou qu'elle soit soumise au traitement habituel par l'électrisation.

OBSERVATION XX.

Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde (Déc. 1894, p. 253).

Henri S..., 9 ans, a été, au commencement de septembre, retenu au lit pour diphtérie pendant 14 jours.

Depuis trois semaines il parle mal et ne voit pas bien de près. Le 16 octobre on constate des deux côtés de la parésie de l'accommodation : force accommodatrice 5,5 dioptries, hypermétropie 0,5. Acuité visuelle 6/5. Réaction pupillaire normale.

Le voile du palais et la luette pendent verticalement. Le patient avale de travers les liquides ; il parle d'une façon incompréhensible et la voix est enrouée. On lui fait sous la peau du thorax une injection de sérum de Behring. Deux jours plus tard, le 18 octobre, la parole est claire et nette, la déglutition normale, la force accommodatrice n'a pas augmenté, mais le 20, elle est de 6,5, le 24 de 10,5, le 29 de 13,5.

OBSERVATION XXI.

Centralb. f. prakt. Heilk. (Eod. loc.).

Jules Kr..., 10 ans, atteint de diphtérie voilà 4 semaines, a quitté le lit depuis huit jours. Pendant sa maladie on remarque qu'il voit mal de près.

20 octobre. — Strabisme de l'œil gauche ; à droite hypermétropie de 2,50 dioptries, acuité visuelle de 2/35. Parésie de l'accommodation, à droite elle mesure 7,5 dioptries ; les pupilles réagissent bien. Parfois le malade avale de travers les liquides qui reviennent par le nez ; la luette pend inclinée à gauche. La voix est un peu enrouée. Injection de sérum de Behring.

22. — A droite la force accommodatrice est de 9,5, la luette pend à peu près verticale, la voix n'est pas claire.

24. — Force accommodatrice 9,5.

Voix et déglutition normales.

29. — Force accommodatrice 12,5.

Luette très peu inclinée à gauche.

OBSERVATION XXII.

Charles G..., 24 ans.

Le 14 août, enrouement et sécheresse de la gorge.

17 août. — Douleurs du cou augmentées par la déglutition, aussi alimentation exclusive avec du lait.

Le malade observe que depuis qu'il est malade chaque jour la vue de près devient plus mauvaise et à partir du 20 il ne peut plus lire les caractères d'imprimerie.

Il est examiné le 24 et on constate que la luette est tuméfiée, couverte d'un enduit gris brunâtre, la gorge est très rouge et tuméfiée ; rien d'anormal par ailleurs.

La diminution de la vue résulte d'une parésie de l'accommodation (3,5 dioptries), des deux côtés il y a une hypermétropie de une dioptrie.

Tout d'abord on prescrit un traitement général et un gargarisme.

2 septembre. — Forces accommodatrices de 3,5 dioptries.

7. — Forces accommodatrices de 4,5 dioptries.

8. — Injection de sérum de Behring.

9. — Forces accommodatrices de 5 dioptries.

17. — — — 6 —

20. — — — 7,5 —

24. — — — 9 —

Le malade est guéri, l'état général bon.

Il convient, croyons-nous, d'être très réservé sur l'influence heureuse des injections de sérum antidiphthérique dans les cas de parésie de l'accommodation. Les observations précédentes sont loin d'être convaincantes ; de plus, parmi ceux de nos maîtres à qui nous avons demandé leur opinion sur ce point, aucun n'a observé de faits favorables à cette pratique. Logiquement même, on serait en droit de dénier à ces injections toute utilité, car il ne manque pas d'observations de petits malades chez qui elles ont guéri les manifestations pharyngées et laryngées de la diphtérie sans les mettre ultérieurement à l'abri des accidents para-

lytiques de l'intoxication diphtérique. Toutefois avant d'émettre ici un jugement formel il est sage, comme toujours en médecine, d'attendre les résultats de l'expérimentation, et nous ne croyons pas que l'on ait tenté, de parti pris, le traitement de la paralysie diphtérique par l'injection de sérum antidiphtérique.

CONCLUSIONS

I. — Dans le traitement des conjonctivites pseudo-membraneuses à bacille de Loeffler pur, les injections de sérum antidiphthérique de Roux et de Behring ont donné des succès rapides et complets.

Elles doivent être pratiquées aussitôt que la nature microbienne de l'affection aura été reconnue et celle-ci doit être recherchée dès l'apparition de l'exsudat pseudo-membraneux.

Le traitement local autrefois seul employé doit passer au second plan et être simplifié.

II. — Dans les conjonctivites pseudo-membraneuses bacillo-streptococciques, le sérum antidiphthérique est encore utile mais son action paraît limitée à l'élément Loefflerien, peut-être les infections surajoutées seront-elles justiciables d'autres sérums.

Le traitement local pourra être conservé dans ces cas mais simplifié.

III. — La sérothérapie dans les conjonctivites bacillo-cocciques, bacillo-staphylococciques, bacillo-strepto et staphylococciques n'a pas été employée un nombre de fois suffisant pour qu'il nous soit permis de conclure.

IV. — Il en est de même pour la sérothérapie de la parésie diphtérique de l'accommodation qui toutefois ne semble pas devoir donner grand résultat.

Vu :

Le Président de la thèse,
TERRIER.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, St-Dizier (Haute-Marne). — J. THEVENOT, Successeur.
